



Forebygging av delirium

Hvordan kan sykepleie bidra i forebygging av delirium hos eldre pasienter i sykehjem?

Delirium prevention

How can nursing contribute to prevent delirium in older patients in long – term care?

Kandidatnummer: 537

VID vitenskapelige høgskole

Haraldsplass

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2015

Antall ord: 10 792

[Dato 16/05-18]



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 537
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave i sykepleie
Emnekode: SPLB3-BAC
Innleveringsfrist: 16/05 – 2018
Antall ord: 10 792

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarer

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 537

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: ☒

Nei: ☐

Sammendrag

Eldre pasienter i sykehjem er skjøre og lider som regel av flere ulike diagnoser og tilstander, hvilket som gjør dem sårbare i forbindelse med å utvikle forvirringstilstanden delirium.

Forskning og geriatrik faglitteratur omtaler delirium i sykehjem som et oversett og underdiagnostisert problem, hvilket som kan føre til ytterligere lidelse og funksjonstap for den som blir rammet. Denne oppgaven er en litteraturstudie som tar sikte på å undersøke hvordan sykepleie kan bidra i arbeidet med å forebygge denne krevende tilstanden. Problemstillingen blir drøftet i lys av relevant teori, forskningsfunn og Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Noen av funnene viser at solide kunnskaper om tilstanden, samt fokus på individuell kartlegging av den eldre pasient er nødvendig i arbeidet med å forebygge delirium i sykehjem. Kari Martinsens tre særtrekk ved omsorg; omsorg som et relasjonelt begrep, omsorgens moralske aspekter og omsorgens praktiske begrep blir benyttet som sykepleieteoretisk rammeverk i oppgavens diskusjonsdel.

Nøkkelord: Delirium, sykepleie, sykehjem, geriatri, forebygging, kartlegging.

Abstract

Older patients in long – term care are fragile and often suffering from multiple diagnosis, which makes them vulnerable in development of a sudden confusion condition called delirium. Research and literature state that delirium in long – term care is ignored and underdiagnosed, which can lead to suffering and loss of function for the patients who are affected by this condition. This thesis is a literature study. The aim of this study is to investigate how nursing can contribute in delirium prevention in older patients in long – term care. This thesis issue will be discussed in light of relevant theory, research and Kari Martinsen’s care philosophy. Some of this study’s research findings shows that knowledge about the condition delirium, and focus on individual screening of the elderly patient, is necessary in delirium prevention in long – term care. Kari Martinsen’s perspectives on care will be used as nursing theory in this thesis discussion.

Key words: Delirium, nursing, long – term care, geriatrics, prevention, screening.

Innholdsfortegnelse

Obligatorisk erklæring.....	II
Sammendrag.....	III
Abstract	IV
1 Innledning.....	1
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Relevans for sykepleie.....	3
1.3 Presentasjon av problemstilling	3
1.4 Begrunnelse og avgrensing av problemstilling	3
1.5 Oppgavens struktur	4
2 Metode.....	6
2.1 Vitenskapelig forståelse	6
2.2 Litteraturstudie	7
2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	7
2.4 Litteratursøk og seleksjonsprosess	8
2.5 Kilde – og metodekritikk.....	9
2.6 Ivaretagelse av etiske retningslinjer	10
3 Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri.....	11
3.1 Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents (2018)	11
3.1.1 Kritisk vurdering av artikkel	12
3.2 The Pitstop study: a feasibility cluster randomized trial of delirium prevention in care homes for older people (2016)	13
3.2.1 Kritisk vurdering av artikkel	13
3.3 Prodrome of delirium among long – term care residents: what clinical changes can be observed in the two weeks preceding a full – blown episode of delirium (2012).....	14
3.3.1 Kritisk vurdering av artikkel	15
4 Teori	16
4.1 Delirium – en akutt forvirringstilstand.....	16
4.2 Samhandlingsreformen.....	17
4.2 Sykehjem	17
4.4 Den sårbare eldre pasient	18
4.5 Sykepleieprosessen.....	18
4.5.1 Den eldre pasient og forebyggende sykepleie.....	19
4.5.2 Kartlegging av den eldre pasient	19
4.5.3 Yrkesetiske retningslinjer.....	20

4.6 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	20
4.6.1 Omsorg som et relasjonelt begrep	21
4.6.2 Omsorgens moralske aspekter	21
4.6.3 Omsorg som et praktisk begrep	22
5 Diskusjon	23
5.1 Delirium – en oversett tilstand i sykehjem?	23
5.2 Forebyggende tiltak ved delirium	24
5.3 Utfordringer	29
5.4 Veien videre	30
6 Konklusjon	32
7 Referanseliste	34

1 Innledning

Under vil jeg presentere oppgavens tema og bakgrunn for valgt tema, samt tematikkens relevans for sykepleie. Videre følger presentasjon av problemstilling med påfølgende begrunnelse og avgrensing. Til slutt følger en redegjørelse av oppgavens videre disposisjon.

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Knut er en eldre herre på 89 år. Han er en stillferdig og trivelig kar, og er ikke den som gjør mest ut av seg på avdelingen. Knut flyttet til sykehjemmet for 2 uker siden, etter at hjelpebehovet hans ikke lengre kunne imøtekommes av hjemmesykepleien i omsorgsboligen han har disponert de siste årene. Han har tilsynelatende håndtert overgangen fra egen bolig til sykehjem bra og er ved godt mot. Men han gir enkelte ganger uttrykk for at han opplever det å ha blitt ytterligere hjelpetrengende og uavhengig som et sårt nederlag. Knut sitter i rullestol som følge av sekveler grunnet et tidligere hjerneslag. Venstresidig lammelse og kroniske smerter i affisert side hemmer Knut i å kunne bevege seg på egenhånd. Sykdomsbildet til Knut er komplekst; kognitiv svikt, diabetetes type 2, hypertensjon, atrieflimmer, osteoporose og inneliggende permanent kateter på grunn av urinretensjon. Listen over medikamenter han benytter er også omfattende; Betablokkere, Albyl- E, Lipitor, Metformin, Nobligan, Calcigran, Imovane og Sobril ved behov.

En dag fremstår ikke Knut som han pleier, og personalet ved avdelingen observerer en endring i Knuts adferd. Han virker urolig og forvirret, samt noe ukritisk og irritabel. Han har også problemer med å uttrykke seg, og ordene han prøver å formidle gir ikke mening. Blikket hans kan beskrives som fraværende og personalet observerer at han tidvis veksler mellom å fremstå apatisk og motorisk urolig. Det er vanskelig å sette fingeren på hva det er som skjer med Knut. Pårørende fortviler og gir uttrykk for sin bekymring. Dette er ikke den Knut de kjenner.

I praksisstudier og i jobbsammenheng har jeg ved flere anledninger vært involvert i å følge opp eldre pasienter som av forskjellige årsaker har vært rammet av delirium. Denne akutte forvirrelsestilstanden har jeg observert har artet seg på flere ulike måter hos ulike pasienter og som sykepleierstudent har jeg erfart dette fenomenet som svært komplekst og utfordrende.

På bakgrunn av en faglig og personlig interesse for geriatiske utfordringer i dagens helsevesen vil jeg med denne oppgaven utforske fenomenet delirium fra et fagteoretisk perspektiv.

Historien om Knut innledningsvis er inspirert av lignende tilfeller jeg har opplevd, og er ment som å illustrere egenerfarte tilfeller av pasienter som har vært rammet av delirium i sykehjem. Her møter vi Knut som har et omfattende hjelpebehov. Han er en eldre mann, er hjelpetrengende, har flere diagnoser og har et omfattende medikamentbruk. Knut er sårbar i forbindelse med utvikling av delirium. Tenk deg følelsen av å miste kontakten med virkeligheten og å miste kontroll over deg selv. Evnen til å uttrykke dine behov er begrenset og du er fullt og helt avhengig av hjelp fra andre. Se også for deg fortvilelsen til pårørende som kommer på besøk til en kjent og kjær de plutselig en dag ikke lengre kjenner igjen. Er det noe som kunne blitt oppdaget eller gjort tidligere slik at Knut og hans pårørende hadde sluppet å oppleve denne krevende situasjonen?

I arbeidet med å undersøke aktuell litteratur om delirium har jeg blant annet lest flere fagartikler som omhandler tema. I flere av artiklene blir det fremsatt lite konkrete data knyttet til prevalens av delirium i sykehjem, og det blir videre problematisert at tilstanden på denne arenaen blir betraktet som oversett og underdiagnostisert. Det blir blant annet i oversiktsartikkelen «Delirium hos eldre pasienter» vedrørende forekomst av delirium formidlet følgende: «Forekomsten i sykehjem er antakelig også høy, men langt dårligere undersøkt» (Neerland, Watne & Wyller, 2013, s. 1597).

Denne påstanden fanget min oppmerksomhet og trigget min nysgjerrighet. På bakgrunn denne påstanden ble jeg interessert i å undersøke nærmere hva aktuell faglitteratur og forskning om tema kan fortelle om forebyggende tiltak av delirium hos den eldre pasient i sykehjem og drøfte hvordan sykepleie kan bidra i dette viktige arbeidet.

1.2 Relevans for sykepleie

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012 ble kommunehelsetjenesten ilagt et større ansvar for spesialisert behandling og oppfølging av pasienter, dermed stilles det stadig høyere krav til sykepleiernes kompetanse i denne sektoren (Opsahl, Solvoll & Granum, 2012, s. 60).

Jeg anser tematikken rundt delirium i sykehjem for å være sykepleiefaglig relevant da sykepleiere i sykehjem har nær kontakt med den eldre pasient og har en nøkkelrolle i forbindelse med å oppdage symptomer på delirium, hvilket som krever systematisk kartlegging og kunnskaper om tilstanden (Bjørø, 2010, s. 3). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det også nedfelt at sykepleiere «skal bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse – og omsorgstjenester» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Å forebygge delirium er en viktig sykepleieroppgave da delirium er en akutt problematisk tilstand som ofte skyldes underliggende kritisk sykdom som kan forverre den sårbare eldre pasientens eksisterende tilstand og funksjonsnivå (Wyller, 2015, s. 310). Tilstanden delirium berører og belaster dermed pasient, pårørende og institusjon. Tilstanden bidrar dermed til å gjøre pasientbehandling og oppfølging mer komplekst og ressurskrevende (Ranhoff, 2014, s. 462).

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av valgt tema lyder valgt problemstilling som følger:

«Hvordan kan sykepleie bidra i forebygging av delirium hos eldre pasienter i sykehjem?»

1.4 Begrunnelse og avgrensing av problemstilling

Jeg vil med denne oppgaven undersøke hva forskning kan fortelle om forebyggende intervensjoner i forbindelse med delirium hos den eldre i sykehjem og drøfte hvordan sykepleie kan bidra dette arbeidet. Problemstillingen vil jeg så drøfte i lys av forskningsfunn, relevant teori og Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

For ordens skyld må det understrekes at denne oppgaven dreier seg om den akutte forvirrelsestilstanden delirium og må ikke forveksles med delirium tremens som er en tilstand som dreier seg om alkoholabstinenser (Ranhoff, 2014, s. 452).

Jeg er bevisst på at jeg har valgt å arbeide ut i fra en mindre tilspisset problemstilling og at den kan fremstå som noe vid. Grunnen til at jeg har valgt å arbeide ut ifra overnevnte problemstilling er at eldre pasienter på sykehjem som regel lider av flere ulike diagnoser og tilstander som kan være predisponerende faktorer ved utvikling av delirium (Wyller, 2015, s. 310). Dette er aspekter som gjorde det problematisk å kun avgrense til en spesifikk diagnose eller en predisponerende faktor i forbindelse med å undersøke forskningsfunn vedrørende delirium hos eldre pasienter i sykehjem. Jeg ønsker med å arbeide ut ifra overnevnte problemstilling å belyse kompleksiteten og utfordringen ved komorbiditet og utvikling av delirium hos den eldre pasient i sykehjem. Ved å avgrense problemstillingen ytterligere kunne dette også ha medført å begrense forskningsfunn som problematiserer disse aspektene.

Jeg har jeg valgt å avgrense problemstillingen til å dreie seg om sykehjemsbeboere i somatisk langtidspost. Jeg er bevisst på at det eksisterer ulike former for sykehjemsavdelinger i den norske kommunehelsetjeneste, som eksempelvis korttids – og rehabiliteringsposter og demensposter, hvor pasientene her også er sårbare i forbindelse med utvikling av delirium. Det ble imidlertid nødvendig å avgrense til somatisk langtidsposter da empiri og drøftelser som favner samtlige arenaer ville vært for omfattende å belyse på bakgrunn av oppgavens omfang.

1.5 Oppgavens struktur

I metodedelen begrunnes oppgavens vitenskapelige forståelse og metode. Ved neste punkt følger en begrunnelse for valg av Kari Martinsens omsorgsfilosofi som sykepleieteoretisk rammeverk i denne oppgaven.

Videre følger en gjennomgang av litteratursøk og seleksjonsprosessen i forbindelse med utvalgte forskningsartikler og kritisk gjennomgang av oppgavens kilder og metode. Deretter vil empirisk grunnlag bli presentert og kritisk vurdert.

I oppgavens teoridel blir det redegjort for tilstanden delirium. For å belyse valgt arena og pasientgruppe er det i teoridelen også innlemmet en nærmere forklaring på sykehjem som institusjon og den sårbare eldre pasient. Da begrepet forebygging er sentralt i denne oppgaven følger en nærmere utdyping av begrepene forebygging og kartlegging med fokus på den eldre og skjøre pasient i sykehjem. Et utvalg av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som anses å være relevante i forbindelse med oppgavens tema vil deretter bli presentert.

Videre blir Kari Martinsens omsorgsfilosofi presentert og hennes perspektiver ved begrepet omsorg er presentert under følgende punkter: «omsorg som et relasjonelt begrep», «omsorgens moralske aspekter» og «omsorgens praktiske begrep».

I oppgavens diskusjonsdel vil forskningsfunn, Kari Martinsens omsorgsfilosofi og teorigrunnlag bli drøftet opp i mot oppgavens problemstilling og som leder til oppgavens konklusjon som vil bli presentert avslutningsvis.

2 Metode

2.1 Vitenskapelig forståelse

Fagfeltet sykepleie består av naturvitenskapelige, humanvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige kunnskapsområder (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008, s. 8). Disse tre kunnskapsområdene glir over i hverandre i utøvelsen av sykepleie (Thomassen, 2006, s. 41). Da denne oppgavens tematikk dreier seg om hvordan sykepleie kan bidra til å forebygge delirium i sykehjem er kunnskaper innenfor samtlige områder essensielle for å belyse oppgavens problematikk.

I forbindelse med humanvitenskapelig forståelse retter denne oppgaven seg mot å tilegne innsikt i og danne seg en forståelse av hvordan delirium påvirker mennesket som blir rammet av denne tilstanden. Humanvitenskapen søker å forstå mennesket (Thomassen, 2006, s. 159). I forbindelse med humanvitenskap og det sykepleiefaglige perspektiv vil jeg med denne oppgaven også rette fokus på viktigheten av sykepleierens evne til å tilegne seg forståelse for pasienten som opplever delirium.

Med hensyn til samfunnsvitenskapelige kunnskapsområder som er aktuelle i denne oppgaven dreier dette seg om institusjonell oppbygning av det norske helsevesen, aktuelle reformer, retningslinjer og lovverk som påvirker og setter rammevilkårene for utøvelse av sykepleie. Dette er essensielle fakta som må innlemmes i denne oppgaven for å belyse sykepleiens rolle fra et mer overordnet og samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Denne oppgaven er også tuftet på naturvitenskapelige kunnskapsområder. Da spesielt kunnskaper knyttet til sykdomslære. Naturvitenskapelig kunnskap setter fokus på forklarende kunnskap (Thidemann, 2015, s. 62). Delirium er en tilstand som krever kunnskaper om den eldre pasients fysiologi, samt predisponerende og utløsende faktorer. Dette er kunnskaper som må belyses i denne oppgaven for å kunne drøfte hvordan sykepleie som fagfelt kan arbeide aktivt og systematisk for å forebygge forekomst av denne tilstanden i sykehjem.

En hermeneutisk tilnærming blir praktisert i prosessen med å belyse denne oppgavens problemstilling. Hermeneutikk dreier seg om forståelse og fortolkningslære (Thomassen, 2006, s. 157). Hermeneutikken kan dermed sies å være en metode som leder frem til en forståelse av den problemstillingen en søker svar på (Olsvik, 2016, s. 103). Ved å benytte teori og forskningsfunn for å belyse denne oppgavens problemstilling er jeg bevisst på at denne prosessen vil bli preget av egen forståelse og fortolkning av benyttet materiale. Hvilket

som kan bidra til å påvirke og farge oppgavens tolkninger og drøftelser. Dette aspektet kalles også forforståelse, som dreier seg om de forestillinger og erfaringer en «tar med seg inn» i bacheloroppgaven. Disse erfaringene kan blant annet dreie seg om faglig bakgrunn og opplevde hendelser fra praksis og yrkesliv (Olsvik, 2016, s. 103).

2.2 Litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven baserer seg på litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innebærer å gå systematisk til verks for å samle inn litteratur som har relevans for formulert problemstilling (Thidemann, 2015, s. 80). Videre følger en kritisk gjennomgang av benyttet litteratur for deretter å sammenfatte det hele i en akademisk tekst hvor en drøfter formulert problemstilling opp i mot oppgavens empiriske og teoretiske grunnlag. Formålet med en litteraturstudie er å gi leseren en grunding forståelse av valgt tematikk og formulert problemstilling, samt en detaljert beskrivelse av hvordan en har gått frem for å innhente kunnskapen som er benyttet i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 80).

Det er fordeler og ulemper ved å benytte litteraturstudie som metode. Fordelen med denne metoden vært at den har gitt mulighet til fordyping i et tema jeg var interessert i å lære mer om, og det har gitt meg muligheten til å undersøke et større utvalg teori og forskningsartikler som omhandler tema. En ulempe med metoden kan være at relativt få artikler om tema blir innlemmet bacheloroppgaven, da særlig på grunn av oppgavens omfang og noe stramme tidsramme. Dette innebærer at jeg gjerne ikke får belyst tema i like stor grad som ønskelig. Et annet aspekt som kan være kritikkverdig er at artiklene som er benyttet er bearbeidet av forskere, hvilket som gjør at mine oppfatninger og tolkninger av studienes funn må anses som annenhåndsfortolkning av allerede bearbeidet materiale.

2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Jeg har valgt å den norske sykepleieteoretikeren og filosofen Kari Martinsens omsorgstenkning som sykepleieteoretisk rammeverk i denne oppgaven. Begrunnelsen for dette valget at Martinsen er særlig opptatt av omsorgsbegrepet. Med tanke på valgt tematikk og problemstilling i denne oppgaven mener jeg at Kari Martinsens omsorgsfilosofi kan knyttes opp imot og drøftes med tanke på den eldre og sårbare pasient på sykehjem og

utvikling av delirium. I teoridelen vil Kari Martinsens omsorgsfilosofi bli ytterligere gjort rede for.

2.4 Litteratursøk og seleksjonsprosess

I planleggingsfasen i forkant av litteratursøk i utvalgte databaser formulerte jeg en liste over inklusjons – og eksklusjonskriterier i med det formål om å gjøre søkeprosessen mer ryddig og oversiktlig. Disse kriteriene ble valgt ut på bakgrunn formulert problemstilling.

Inklusjonskriteriene er som følger:

1. Omhandle geriatriiske pasienter
2. Arena: sykehjem
3. Studier publisert mellom 2008 – 2018 for å sikre at nyere og oppdatert forskning blir prioriterte treff i søket.
4. Sykepleiefaglig / medisinsk forskning

Studier som omhandlet andre pasientgrupper enn geriatriiske pasienter og andre arenaer enn sykehjem ble ekskludert i søket.

Videre ble også en PICO utformet ut ifra oppgavens problemstilling for å strukturere og planlegge søket ytterligere.

Første søk ble foretatt i SveMed+ med kun søkeordet «delirium». Dette ble gjort først og fremst for å kartlegge omfanget av tilgjengelige artikler som omhandler tema i denne databasen, samt også for å finne aktuelle MESH – termer i terminologibasen i SveMed+ . Formålet med dette var å innhente MESH-termer som kunne benyttes i videre søk i andre databaser. MESH -termer jeg var på jakt etter var termer i forbindelse med delirium, forebygging og sykehjem, da dette er sentrale begreper i oppgavens problemstilling. MESH -termene som ble funnet i SveMed+ som et supplement til søkeordet «delirium» og benyttet i andre databaser er blant annet «confusion», «nursing homes», «long-term care» og «prevention». Jeg fant det også gunstig å eliminere tilstanden «delirium tremens» i databasesøkene for å begrense treff som omhandler denne tilstanden. Dette for å sikre flest mulig relevante treff i forbindelse med oppgavens problemstilling. Jeg var også på jakt etter studier hvor det var benyttet kvantitative data for å belyse sine forskningsfunn, da jeg hadde en forestilling om at dette var mest hensiktsmessig i forbindelse med oppgavens problemstilling. På bakgrunn av dette var jeg særlig interessert i randomiserte kontrollerte

studier, kohortstudier og kaskontrollstudier da dette er studiedesign som er knyttet til kvantitativ forskning (Thidemann, 2017, s. 73). Videre i prosessen blir det foretatt søk i PubMed og Cinahl som er anerkjente databaser i forbindelse med medisinsk og sykepleiefaglig forskning. I PubMed og Cinahl fikk jeg ved hjelp av overnevnte søkestrategi og bruk overnevnte MESH-termer treff på henholdsvis 59 (PubMed) og 7 (Cinahl) artikler ved å huke av for artikler som er fagfellevurderte og ikke eldre enn 10 år gamle. Jeg gikk videre med å lese over artiklenes overskrifter for deretter å merke meg ut ifra tittel hvilke som kunne virke interessante i forbindelse med problemstilling. Når aktuelle artikler ble innlemmet videre på bakgrunn av tittel gikk jeg så videre i seleksjonsprosessen og leste abstract på disse for å forsikre meg om at innholdet i artiklene er relevante i forbindelse med valgt tema og problemstilling. Å gå igjennom de utvalgte artiklenes referanser, også kalt «snowballing» ble også forsøkt for å sikre meg best mulig oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur om tema. På bakgrunn av beskrevet søke – og seleksjonsprosess ble tre artikler valgt ut og innlemmet i denne oppgaven. I neste kapittel vil utvalgte artiklene bli presentert, kritisk vurdert og begrunnet for hvorfor de har blitt innlemmet som empirisk grunnlag i denne oppgaven. Sjekklisten utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er også blitt benyttet som et hjelpemiddel i arbeidet med å kritisk vurdere artiklene som blir presentert og benyttet videre som empirisk grunnlag i denne oppgaven.

2.5 Kilde – og metodekritikk

Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er engelskspråklige. I arbeidet med oppgaven har jeg oversatt disse etter beste evne, og har ved flere anledninger måtte ty til ordbok for å bli tryggere på at mine oversettelser ble så korrekt som mulig. Jeg har opplevd dette noe utfordrende da det tidvis er benyttet avansert engelsk og medisinsk fagterminologi i artiklene, hvor det ved noen anledninger ikke var mulig å finne tilsvarende ord å benytte på norsk for å oppnå en fullgod oversettelse. Av hensyn til dette i tillegg til uerfarenhet med å tolke og vurdere forskningsartikler er jeg bevisst på at jeg kan ha oversett eller mistolket deler av innholdet i artiklene i som blir disponert i denne besvarelsen. Studiene som er innlemmet i denne oppgaven er forskningsprosjekter som er utarbeidet i Canada og i England. Grunnet eventuelle forskjeller i struktur og oppbygning av helsevesen i disse landene kontra oppbygningen av Norges helsevesen er jeg bevisst på det kan medføre eventuelle svakheter i forbindelse med overførbarheten av forskningsfunnene. Til tross for dette aspektet har jeg

likevel inkludert artiklene som empirisk grunnlag i denne oppgaven da studienes tematikk og forskningsfunn kan drøftes i forhold til besvarelsens problemstilling og teoretisk grunnlag.

Jeg har tilstrebet å benytte primærlitteratur i oppgaven, men har ved enkelte anledninger refert til sekundærlitteratur i denne besvarelsen. Eksempelvis har jeg i større grad benyttet Marit Kirkevolds tolkninger av Kari Martinsens omsorgsfilosofi fra boken «Sykepleieteorier – analyse og evaluering» fra 2014. På grunn av begrenset med tid og det faktum at Martinsen har gitt ut mye litteratur gjennom et langt forfatterskap, har jeg funnet det gunstig å anvende Kirkevolds tolkning av Martinsens omsorgsteorier for å danne meg et oppsummert helhetsinntrykk av hennes omsorgsfilosofi. Jeg er bevisst på at en ulempe med å bruke sekundærlitteratur er at forfatter av sekundærlitteratur kan ha formulert sine egne tolkninger av benyttet primærlitteratur, og at dette kan ha medført at primærforfatters yringer kan ha blitt tolket på en annen måte enn den originale forfatters opprinnelige intensjon.

2.6 Ivaretagelse av etiske retningslinjer

Akademisk rederlighet er i oppgaven fulgt ved å benytte korrekt kildehenvisning i henhold til APA 6th, samt VID Vitenskapelige Høgskoles øvrige retningslinjer for oppgaveskriving på bachelornivå. Dette vil bli praktisert for å ikke presentere benyttet litteratur som eget materiale og gi anerkjennelse til forfatterens åndsverk som er anvendt i denne bacheloroppgaven.

Historien om «Knut» som er presentert innledningsvis er til dels fiktiv for å ivareta hensynet personvern og taushetsplikt, som er nedfelt i helsepersonelloven under «Hovedregel om taushetsplikt» (helsepersonelloven, 1999, §21).

3 Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri

Det empiriske grunnlaget i denne oppgaven består av historien om Knut innledningsvis, som er inspirert av egenopplevde hendelser i praksis og yrkesliv forbindelse med delirium tillegg til denne historien er empirisk grunnlag i denne besvarelsen tre forskningsartikler som omhandler forebyggende intervensjoner med hensyn til delirium i sykehjem. Disse blir presentert og kritisk vurdert under de neste påfølgende punkter.

3.1 Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents (2018)

Studie av: Cheung, Benjamin, Heckman, Ho, Lee, Sinha & Costa

Denne studiens målsetning er å undersøke sammenhengen mellom kliniske karakteristika og medisinerbruk med insidens av delirium på sykehjem ved å benytte retrospektiv kohortstudie som metode. Dette er et studie fra Canada hvor 1571 sykehjemsbeboere fordelt over 12 ulike sykehjem deltar. Samtlige deltakere er over 55 år og blir fulgt mellom sammenhengende mellom år 2010 til 2015. Forskere har i denne studien benyttet kartleggingsredskapet «Resident Assessment Instrumental – Minimal Data Set 2.0 (RAI – MDS 2.0) i sin datainnsamling. Forskerne begrunner valg av bruk av dette redskapet i sin studie med at det er et standardisert tverrfaglig klinisk kartleggingsverktøy som undersøker over 300 elementer som eksempelvis pasientens fysiske og psykiske status, diagnoser, symptomer og medikamentbruk. Dette kartleggingsredskapet har, i følge forfatterne, blitt benyttet i flere store studier tidligere. RAI – MDS 2.0 er også implementert som kartleggingsverktøy i kanadiske sykehjem i over 7 provinser.

Studiens resultat viser at ved hjelp av deres kartleggingsarbeid kunne insidens av delirium påvises ved 40,4% i løpet av sykehjemsoppholdet. Kartleggingsarbeidet kunne også avsløre at demens, bruk av antidepressiva og psykofarmaka, samt smerteproblematikk var signifikante predisponerende faktorer i forbindelse med utvikling av delirium.

Jeg har valgt å innlemme denne artikkelen i oppgaven da den fokuserer på hvilke faktorer som har vist seg å påvirke utvikling av delirium i sykehjem ved hjelp av systematisk kartlegging over en lengre periode. Jeg mener disse funnene er relevant å drøfte i forbindelse med oppgavens fokus på forebygging av delirium i sykehjem.

3.1.1 Kritisk vurdering av artikkel

Formålet med studien er klart formulert i artikkelens innledning. Innledningsvis går forfatterne grundig til verks for å aktualisere tema ved å fremlegge at eldre pasienter er en utsatt gruppe i forbindelse med utvikling av delirium. De problematiserer også at prevalens av delirium er dårligere undersøkt på sykehjem sammenlignet med sykehus. Det blir også fremhevet at hovedfokuset med studien er å undersøke prevalens av delirium hos sykehjemsbeboere i forbindelse med smerteproblematikk og medikamentbruk.

Pasientgruppen som er studiens målgruppe er gjort rede for, samt at de har redegjort for pasientene som ble ekskludert fra denne studien. Ekskluderte pasienter var sykehjemsbeboere som hadde kliniske tegn delirium ved studiens begynnelse, samt beboere med kognitiv svikt og større kommunikasjonsvansker. De har imidlertid ikke begrunnet hvorfor de har ekskludert overnevnte pasienter i studien.

Kartleggingsredskapet RAI – MDS 2.0 ble som nevnt tidligere benyttet i denne studien. Dette kartleggingsredskapet ble benyttet i samtlige sykehjem i studien. Da det er et omfattende verktøy er det blitt gjort rede for i artikkelen at både subjektive og objektive hensyn er blitt innlemmet ved hjelp av dette verktøyet under kartleggingen. Eksempelvis ved smertekartleggingen, som er pasientenes selvrapporterte og subjektive beskrivelse av smerten de har erfart. Forfatterne av studien gjør ikke rede for eventuelle utfordringer eller svakheter ved å bruke dette omfattende verktøyet i sitt kartleggingsarbeid.

I studiens diskusjonsdel drøfter forfatterne det de anser for å være svakheter studien. De drøfter blant annet at de kan ha oversett kliniske tegn på delirium da deres kartleggingsarbeid ble utført en uke før de evaluerte resultater fra kartleggingen, hvilket som betyr at tegn på delirium kan ha blitt oversett. De drøfter videre at en annen svakhet ved sin studie er at de ikke har tatt hensyn til eventuelle forskjeller ved de ulike insitusjonene som deltok i studien og begrunner imidlertid dette med at det ikke var relevant for forskningsspørsmålet de har arbeidet ut ifra.

3.2 The Pitstop study: a feasibility cluster randomized trial of delirium prevention in care homes for older people (2016)

Studie av: Siddiqi, Cheater, Collinson, Farrin, Forster, George, Godfrey, Graham, Harrison, Heaven, Heudtlass, Hulme, Meads, North, Sturrock & Young

Dette er en britiske studie fra 2016 som blir beskrevet som en «cluster randomized feasibility study». Beboere fra 14 britiske sykehjem er deltakere i studien, hvor 7 sykehjem er med i intervensjonsgruppen og de resterende 7 sykehjemmene er kontrollgruppen. Formålet med studien er å undersøke hvorvidt det å implementere en fagprosedyre / undervisningsopplegg ved navn «Stop! Delirium» hos de ansatte ved sykehjemmene i intervensjonsgruppen kan bidra til å økt kunnskap om delirium, samt kartlegging og forebygging av denne tilstanden. «Stop! Delirium!» har som formål å være et skreddersydd 16 – måneders langt utdannelsesforløp rettet mot ansatte i sykehjem. Det blir vektlagt å kunne identifisere risikofaktorer knyttet til delirium. En psykiatrisk sykepleier med fordypning i delirium har blant annet ansvaret for regelmessig interaktivundervisning av de ansatte som arbeider ved sykehjemmene som er innlemmet i intervensjonsgruppene. Resultatet av studien viser at prevalensen av delirium var 4.0% hos deltakerne i intervensjonsgruppen og 7.1% hos deltakerne i kontrollgruppen.

Jeg har valgt å innlemme denne studien da jeg anser forskning knyttet til effekten av et skreddersydd undervisningsopplegg i forbindelse med kartlegging og forebygging av delirium er interessant og relevant for denne oppgavens problemstilling.

3.2.1 Kritisk vurdering av artikkel

Formålet med studien er klart formulert innledningsvis i studien. Det er også gjort rede for at det å kartlegge og forebygge delirium i sykehjem er dårlig undersøkt og de gjør rede for at det hersker en uvisshet om tiltak knyttet til kartlegging og forebygging av delirium i sykehjem er effektivt. Det er også gjort rede for at populasjonen som undersøkes i denne studien er sykehjemsbeboere. Sykehjemsbeboere med store kommunikasjonsvansker, samt pasienter som var terminale ble ekskludert fra studien.

Studiens forfattere har tidligere utarbeidet en fagprosedyre ved navn «Stop! Delirium» som er tiltaket som blir benyttet i intervensjonsgruppene i denne studien. Denne fagprosedyren er grundigere redegjort for i en annen artikkel som forfatterne henviser til denne studien. Ønsker

en ytterligere informasjon om denne fagprosedyren må en søke opp artikkelen de henviser til. Dette kan sees å være en svakhet i forbindelse med å vurdere tiltaket som blir benyttet i studien. I denne artikkelen mangler det derfor detaljert informasjon om hva denne fagprosedyren innebærer og hvordan de har gått frem for å utvikle denne prosedyren. Randomiseringsprosessen er beskrevet i artikkelen. Forskerne har benyttet et dataprogram for å randomisere studiens deltakere. Det blir også gjort rede for at blinding av deltakere, ansatte og forskerne i dette prosjektet ikke var gjennomførbart på grunn intervensjonens art, samt begrensinger knyttet til ressurser. Det er imidlertid ikke drøftet hvordan dette eventuelt kan ha bidratt til påvirke studiens resultater.

3.3 Prodrome of delirium among long – term care residents: what clinical changes can be observed in the two weeks preceding a full – blown episode of delirium (2012)

Studie av: Voyer, McCusker, Cole, Monette, Champoux, Ciampi, Belzile & Richard

Denne studien er en kanadisk kausalkontrollstudie. Deltakerne i denne studien er fra 65 år og oppover, totalt antall deltakere er 279 pasienter som er bosatt i sykehjem ulike steder i Canada. Det er beboere fra 7 ulike sykehjem som deltar i studien. Formålet med denne studien er å undersøke om kartlegging og identifisering av kliniske forandringer under prodromal fase av delirium kan lede til forebygging av fullstendig utvikling av delirium, og om det muligens kan minske de uheldige konsekvensene som kan oppstå etter delirium. Pasientene som deltok i studien ble fulgt opp over en periode på et halvt år ved jevnlig og systematisk kartlegging ved hjelp av kartleggingsredskapet «Confusion assessment method (CAM)». Studiens forefattere argumenterer at valget av dette kartleggingsredskapet er at CAM er et veletablert og mye brukt kartleggingsredskap i forbindelse med å vurdere delirium. Studien viser at sykehjemspasienter som var i ferd med å utvikle delirium hadde perseptuelle forstyrrelser, desorientert tankegang og dårlig score ved bruk av Mini – Mental State Examination (MMSE). Pasienter med minst 3 kliniske endringer, som de overnevnte, hadde større sannsynlighet for å utvikle delirium.

Jeg har valgt å inkludere denne studien da den også dreier seg om systematisk kartlegging av delirium hos beboere i sykehjem, samt hvilke kliniske tegn som kan være gjeldende i den prodromale fase av delirium. Dette er relevante opplysninger som kan knyttes opp i mot problemstillingen jeg arbeider ut ifra.

3.3.1 Kritisk vurdering av artikkel

Formålet med denne studien er klart formulert og det blir redegjort for at det er sykehjemsbeboere over 65 år, både med og uten en demensdiagnose som er målgruppen for denne undersøkelsen. Det er også beskrevet at deltakerne i studien må være i stand til å kunne kommunisere. I følge forfatterne er det få variabler knyttet til deltakerne med tanke på alder, kjønn, komorbiditet og fysiske forutsetninger. Det er tydeliggjort at fremgangsmåten for denne studien er å sammenligne fellestrekk i forbindelse med prodromal fase av delirium gjennom systematisk kartlegging ved hjelp av kartleggingsredskapet Confusion Assessment Method (CAM). Bruken av CAM, samt informasjon om hvordan dette kartleggingsverktøyet fungerer er også tydelig beskrevet i artikkelen. En svakhet med studien er imidlertid at det har vært en del frafall av deltakere i løpet av prosjektet. Dette aspektet er redegjort for i artikkelen, og forfatterne peker på årsaker som dødsfall, flytting til andre sykehjem og at enkelte har trukket seg fra studien. Frafallet kan ha bidratt til at forskerene ikke har fått sammenligne og generalisere sine resultater i like stor grad som ønsket. Forfatterne problematiserer også at det var flere deltakere med en demensdiagnose i kasusgruppene enn i kontrollgruppene, hvilket som også kan ha bidratt til å påvirke resultatene i denne studien.

4 Teori

4.1 Delirium – en akutt forvirringstilstand

Delirium blir forklart som en nevropsykologisk forstyrrelse som påvirker bevissthetsnivå, oppfatning, hukommelse, tankeorganisering og adferd (Ranhoff, 2014, s. 452).

Delirium er en vanlig tilstand som forekommer ofte hos eldre, men blir ofte mistolket som demens eller demens i forverring. Tilstanden blir dermed ofte oversett og ikke diagnostisert (Wyller, 2015, s. 310). Dette er ofte forbundet med en kombinasjon av mangelfulle kunnskaper om tilstanden hos helsepersonellet og derav manglende rettet oppmerksomhet mot symptomer som kan være tegn på delirium. I følge Wyller (2015) bør det derfor være gode innarbeidede rutiner for kartlegging og vurdering av symptomer på tilstanden på institusjoner hvor prevalensen antas å være høy (2015, s. 310).

Delirium oppstår ofte akutt og kan ofte sees i sammenheng med underliggende somatisk sykdom. Tilstanden kan også vare i alt fra timer, dager, uker og kan være reversibel dersom underliggende og utløsende årsak blir behandlet. Delirium kan ha ulike forløp og kan svinge mellom hyper – eller hypoaktiv fase (Tullmann, Blevins & Fletcher, 2016, s. 251). Ved hyperaktiv fase sees gjerne ukritisk adferd og motorisk urolighet, mens ved hypoaktiv fase blir pasienten gjerne reservert og apatisk. Det er vanlig at et oppstått delirium svinger mellom hyper – og hypoaktiv fase (Ranhoff, 2014, s. 452).

Patofysiologien knyttet til utvikling av delirium er ikke fullstendig kartlagt. Det er imidlertid hypoteser knyttet til at delirium kan ha en sammenheng i forbindelse med avanserte nevrotransmitterinteraksjoner. Det er beskrevet i litteraturen at denne hypotesen krever ytterligere forskning og undersøkelse før en kan konkludere med sikkerhet patofysiologisk sammenheng med utvikling av delirium (Tullman et al., 2016, s. 252).

De mest kjente predisponerende faktorer i forbindelse med utvikling av delirium er høy alder, demenssykdom, komorbiditet, infeksjoner, legemiddelinteraksjoner, immobilitet, svekkete sanser og elektrolyttforstyrrelser. Delirium er forbundet med komplikasjoner og sekvele i form av blant annet økt dødelighet, samt fysisk og kognitiv svekkelse (Tullman et al., 2016, s. 252).

4.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble gradvis innført i det norske helsevesen fra 2012. Formålet med denne reformen er å formalisere og tydeliggjøre samarbeidet mellom primær – og spesialisthelsetjenesten, samt at kommunehelsetjenesten har blitt tilegnet hovedansvaret for å sikre sine innbyggere et adekvat helsetilbud (Molven, 2016, s. 104). Samhandlingsreformen er omfattende og detaljert, så jeg har i grove trekk trukket ut noen sentrale punkter fra reformen som jeg mener er interessant i forbindelse med denne oppgavens tematikk. Dette er blant annet at reformen redegjør for viktigheten av å forebygge fremfor å reparere, samt fordelene ved tidlig innsats fremfor sen innstas (Helsedirektoratet, 2017). Reformen legger også vekt på viktigheten av kompetanse i dette arbeidet (Opsahl, Solvoll og Granum, 2012, s. 60).

4.2 Sykehjem

I denne oppgavens problemstilling er sykehjem valgt som pasientarena. I den forbindelse kan det være gunstig å redegjøre for hva sykehjem som institusjon er. Sykehjem defineres som institusjonsomsorg (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 199) Dette innebærer at det er et lovfestet kommunalt tilbud, hvor det mest utbredte er langtidsopphold i sykehjem. Beboere som har fått innvilget fast plass i sykehjem har i følge sykehjemsforsikriften krav på heldøgns sykepleie – og omsorgstjenester. Det er en rekke kriterier som må oppfylles for å få innvilget fast plass i sykehjem. Dette er blant annet at personen har et såpass omfattende hjelpebehov at disse behovene ikke kan imøtekommes i personens eget hjem eller i tilpasset bolig. Et sykehjem er altså en institusjon hvor pasienten er bosatt og har krav på heldøgns medisinsk pleie og omsorg. Det er hovedsakelig geriatrike pasienter som er representert i sykehjem. Hvilket som innebærer at det er snakk om personer over 65 år med sykdommer særlig knyttet til aldringsprosesser (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 199).

4.4 Den sårbare eldre pasient

Eldre pasienter er ikke en homogen gruppe som er umulig å generalisere (Ranhoff, 2014, s. 79) Eldre pasienter er klassifisert som pasienter fra 65 år og oppover. Det er dermed snakk om et stort aldersspenn innenfor geriatrien. Dette medfører også store variasjoner innen helse, sykdomsbilde, bakgrunn og intellektuelle forutsetninger, for å nevne noen variabler innenfor denne pasientgruppen. Det er dermed store variasjoner innen blant annet funksjonsnivå og væremåte. Dette er personer som har blitt formet gjennom et langt liv og det er viktig å ta hensyn til den enkeltes pasients individualitet og særegenhet. Denne oppgaven retter seg spesielt mot den skrøpelige eldre pasienten. Skrøpelighet er et begrep som ofte blir benyttet for å beskrive pasienter som er særlig sårbare og svake grunnet aldersforandringer knyttet til svekket organkapasitet og homøstase, som igjen er predisponerende faktorer i forbindelse med utvikling av delirium (Ranhoff, 2014, s. 79-81).

4.5 Sykepleieprosessen

Den eldre pasient i sykehjem skal ha idividuelt tilpasset sykepleie, hvor målsetningen av pleie og behandling tar sikte på å blant annet bevare pasientens eksisterende funksjon og livskvalitet (Ranhoff, 2014, s. 88). Da den eldre og sårbare pasient i sykehjem ofte har flere diagnoser og et omfattende hjelpebehov er det viktig med et helhetlig bilde av pasientens situasjon og ikke bare fokus på enkeltsymptomer (Ranhoff, 2014, s. 88). Sykepleieprosessen er et rammeverk sykepleiere benytter i samhandling med pasienten for å sikre individuelt tilpasset pleie (Norsk sykepleierforbud, 2007, s. 7). Dette er en problemsløsningsprosess som innebærer innhenting av informasjon, sykepleiediagnostisering, planlegging – og gjennomføring av tiltak, dokumentasjon, samt evaluering av tiltak (Norsk sykepleierforbud, 2007, s. 7). I sykepleieprosessen er ulike typer kunnskap nødvendig forbindelse med sykepleierdiagnose og behandlingsplanlegging (Carnevali, 1992, s. 16). Dette innebærer at sykepleieren må besitte kunnskaper solide kunnskaper om sykdomslære, gjenkjennelse og kartlegging av risikofaktorer, aktuelle tegn og symptomer, mulige differensialdiagnoser, prognostiske muligheter og spesifikke medisinske tiltak og behandlingsregimer (Carnivali, 1992, s. 17). Sykepleieprosessen innebærer med dette kartlegging og fokus på forebyggende sykepleie. Disse begrepene vil bli ytterligere redegjort under neste påfølgende punkter.

4.5.1 Den eldre pasient og forebyggende sykepleie

Da begrepet forebygging er sentralt i denne oppgavens problemstilling kan det være gunstig å avklare dette begrepet. Forebyggende sykepleie hos den eldre pasient tar sikte på å forebygge sykdom og skade, samt å ivareta den eldre pasients funksjonsivå og livskvalitet (Ranhoff, 2014, s. 162). I følge Mæland (2005) er blant annet et overordnet prinsipp innenfor forebyggende arbeid av den eldre pasient «å styrke motstandskraften mot forhold som kan true den gamles helse» (Mæland, 2005, gjengitt i Ranhoff, 2014, s. 162). Når en snakker om forebygging i en helsefaglig kontekst er det vanlig å skille mellom primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011, s. 18). Med tanke på forebygging av delirium retter det seg hovedsakelig mot et sekundær -og tertiærforebyggende fokus. Sekundærforebyggende tiltak tar sikte på å avdekke tegn til sykdom og helsesvikt på et tidlig stadium. Tertiærforebyggende sikter mot å forhindre komplikasjoner ved sykdom og å forebygge at det oppstår ytterligere helseproblemer hos mennesker med kronisk sykdom og funksjonssvikt, som er tilfelle hos eldre pasienter i sykehjem. Her er sykepleiens essensielle oppgave å fremme helse ved å lindre lidelse og forebygge at det forekommer mer lidelse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011, s. 18). Kommunehelsetjenestens ansvar for å iverksette forebyggende tiltak for sine borgere er også nedfelt i lov om kommunale helsetjenester (lov om kommunale helse – og omsorgstjenester, 2011).

Forebyggende sykepleie kan også begrunnes fra et etisk perspektiv ved at det kan sies å være en etisk plikt å arbeide for skade som kan ramme mennesket (Mæland, 2016, s. 83).

4.5.2 Kartlegging av den eldre pasient

Kartlegging er en essensiell del av sykepleieprosessen, samt sykepleiens forebyggende funksjon. Det er store variasjoner i den eldre pasientens behov for sykepleie (Ranhoff, 2014, s. 88). Å kartlegge pasienten fra et sykepleiefaglig ståsted har to hovedmål. Det første er å sikre helhetlig, individuell pleie og ivaretagelse av grunnleggende behov. Det andre er å oppdage endringer i pasientens tilstand som krever tiltak, som eksempelvis delirium som er tema i denne oppgaven (Kirkevold, 2014, s. 122). Kartlegging av den eldre pasienten er essensielt for å sikre helhetlig pleie og omsorg da denne pasientgruppen har nedsatt fysiologisk reservekapasitet og er mer disponert for funksjonssvikt og alvorlig sykdom enn

yngre pasienter (Wyller, 2015, s. 119). Dette innebærer at den eldre pasienten er særlig i risiko for funksjonstap og varige men dersom ikke endringer helsetilstanden som krever tiltak blir oppdaget i tide (Kirkevold, 2014, s. 123).

4.5.3 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiepraksis er definert som følgende hos Norsk sykepleierforbund :

«Retningslinjene beskriver sykepleiens profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Samtlige punkter som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere essensielle for utøvelse av god sykepleie. I forbindelse med denne oppgaven vil jeg trekke ut de retningslinjene jeg mener har særskilt relevans i forbindelse med oppgavens problemstilling. Dette er blant annet punktene som omhandler sykepleiers ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, at sykepleier ivaretar den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg og har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, samt bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse – og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2016). Jeg har valgt å trekke frem disse punktene spesielt da jeg mener at denne oppgaven dreier seg om en sårbar pasientgruppe som sykepleieren har et særskilt ansvar å yte helhetlig omsorg ovenfor i sitt arbeid.

4.6 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og professor i filosofi. Martinsens tanker rundt sykepleie og omsorg har hatt stor innflytelse på utviklingen av sykepleiefaget, og hennes omsorgsfilosofi har gjort seg særlig bemerket i den sykepleiefaglige utvikling i Skandinavia (Kirkevold, 2014, s. 168). Martinsen har ikke utarbeidet en spesifikk sykepleierteori da hennes tanker, teorier og funderinger om sykepleie og omsorg er sammenfattet i flere bokutgivelser gjennom et langt forfatterskap. Martinsens arbeid blir betraktet som

fenomenologisk teori og hennes teorier er spesielt inspirert av den danske filosofen og teologen K. E. Løgstrup (Alvsvåg, 2000, s. 23).

Martinsen er opptatt av begrepet omsorg, hvor hun mener sykepleiefaget har sin opprinnelse, og legger vekt på at omsorgsbegrepet kan betraktes som et ontologisk fenomen. Dette innebærer at omsorg er en fundamental forutsetning for alt menneskelig liv og at mennesker er avhengige av hverandre (Kirkevold, 2014, s. 169). Martinsen vektlegger at avhengigheten er spesielt tydelig og gjeldende i forbindelse med tilstedeværelse av sykdom og lidelse, samt at hun vektlegger sykepleiens særskilte ansvar ovenfor pasienter som svake og avhengige (Kirkevold, 2014, s. 174).

I Kari Martinsens omsorgsfilosofi er tre særtrekk ved omsorg fremhevet: Omsorg som et relasjonelt begrep, omsorgens moralske aspekter og omsorg som et praktisk begrep (Kirkevold, 2014, s. 171). Disse tre aspektene ved omsorg vil nå redegjøres nærmere.

4.6.1 Omsorg som et relasjonelt begrep

Omsorg er et begrep som er sammensatt av ordene «om» og «sorg» (Martinsen, 2003, s. 68). Omsorg kan sees i sammenheng med det tyske ordet «sorgen» som kan oversettes til norsk som «omtenksomhet» (Martinsen, 2003, s. 68)

Martinsen beskriver omsorg et mellommenneskelig forhold, hvor gjensidighet, solidaritet og fellesskap er sentrale verdier (Kirkevold, 2014, s. 171). Mennesker er altså avhengige av hverandre i kraft av menneskelige relasjoner. Martinsen vektlegger at den som yter omsorg må kunne ha evne til å sette seg inn i den andres situasjon og dermed anerkjenne den andre. Dette innebærer en gjensidighet og empatisk forståelse av den andres situasjon (Kirkevold, 2014, s.171). Martinsen benytter begrepet generalisert gjensidighet i forbindelse med å yte omsorg, med dette mener hun at den som yter omsorgen ikke forventer gjengjeld for ytelsen av omsorg – som Martinsen hevder er en grunnleggende verdi i utøvelsen av sykepleie (Austgard, 2010, s. 18-20).

4.6.2 Omsorgens moralske aspekter

Med hensyn til omsorgens moralske aspekter er Martinsen opptatt av forholdet mellom makt og avhengighet (Kirkevold, 2014, s. 172). Med dette menes at maktbalansen mellom pasient og sykepleier er skjevt fordelt (Austgaard, 2010, s. 32). Martinsen omtaler denne makten sykepleieren besitter i denne situasjonen som «svak paternalisme» eller «myk maternalisme».

Martinsen begrunner dette med at sykepleierens makt kommer av sykepleierens sykepleiefaglige autoritet og er en makt som er ønsket (Austgaard, 2010, s. 32). Dette innebærer så at sykepleieren må forvalte sin makt ovenfor sine pasienter gjennom moralsk ansvarlig utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 2014, s. 172). Martinsen trekker paralleler mellom omsorgsutøvelse og nestekjærlighet – at handlingene en utfører ovenfor den andre er til den andres beste. Moralsk ansvar i praksis tilegnes gjennom å opparbeide erfaringer i ulike situasjoner hvor igjen verdier formes og påvirker omsorgsyterens evne til å handle moralsk ansvarlig ovenfor den andre (Kirkevold, 2014, s. 172). Å være sykepleier innebærer at en tar på seg moralske verdier, som nestekjærlighet og barmhjertighet som kan sies å være grunnleggende verdier i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011, s. 16).

4.6.3 Omsorg som et praktisk begrep

Ved å betrakte omsorg som et praktisk begrep skisserer Martinsen at dette dreier seg om de handlinger sykepleieren utfører i sitt virke (Kirkevold, 2014, s. 173). Disse handlingene utføres ut ifra hva som er til den andres beste. En utvikler valg av de praktiske handlinger i ulike situasjoner gjennom erfaring og ved «sansing» og «inntrykksartikulasjon». Martinsen vektlegger at sanselig nærvær er en essensiell egenskap for all sykepleieutøvelse. Med sansing menes blant annet blick, håndlag, hørsel og mimikk. Martinsen drøfter også sammenhengen mellom sykepleierens sanselig nærværelse og faglig skjønn. Ved å benytte sansene aktivt i sin sykepleiefaglige tilnærming kan dette bidra til oversikt og helhet i den konkrete situasjonen en står i. Martinsen drøfter også omsorg som praktisk begrep ved at de handlinger en utøver også krever begrunnelser som må veies ut ifra faglige og etiske vurderinger utifra gitt situasjon. Martinsen drøfter videre at faglig skjønn er en prosess som utvikles blant annet gjennom tilegnelse av fagkunnskap, praktisk erfaring og veiledning. Å utvikle faglig skjønn kan også sees i sammenheng med taus kunnskap, hvilket innebærer at en som sykepleier opparbeider seg en intuitiv forståelse og danner seg et helhetsinntrykk av gjeldende situasjoner en som sykepleier står i (Kirkevold, 2014, s. 173-175; Overgaard, 2000, s. 99-103).

5 Diskusjon

I dette kapittelet blir anvendt empiri og teoretisk grunnlag drøftet opp imot oppgavens problemstilling. Diskusjonsdelen er delt opp i tre ulike temaer som har vært aktuelle på tvers av denne oppgavens inkluderte forskningsartikler og teorigrunnlag. Disse temaene er blant annet problematisering rundt hvorvidt delirium er en oversett tilstand i sykehjem og forebyggende tiltak. Videre følger drøftelser vedrørende utfordringer knyttet til dette arbeidet. Under et siste punkt vil jeg diskutere veien videre i med tanke på med sykepleiens forebyggende arbeid i forbindelse med delirium i sykehjem.

5.1 Delirium – en oversett tilstand i sykehjem?

På tvers av denne oppgavens inkluderte studier blir det problematisert at eldre som bor i sykehjem er skjøre og sårbare pasienter som vanligvis har flere diagnoser, tilstander, et omfattende legemiddelbruk og hjelpebehov (Cheung et al., 2018, s. 1; Siddiqi et al., 2016 s. 651; Voyer et al., 2012 s. 1855). Noe også det erfaringsbaserte eksempelet med Knut innledningsvis illustrerer. Det fremkommer også i den sammenheng at dette er faktorer som gjør denne pasientgruppen ekstra sårbar i forbindelse med utvikling av delirium (Cheung et al. 2018, s. 1). Det kommer også frem i studiene at eldre pasienter i sykehjem som har utviklet delirium er særlig utsatt for å bli rammet av sekvele som ytterligere funksjonstap og økt dødelighet i forbindelse med denne forvirringstilstanden (Voyer et al., 2012, s. 1855). Hvilket som kan føre til ytterligere lidelser for den enkelte pasient og deres pårørende, samt bidra til å komplisere videre behandling for den som blir rammet av denne tilstanden (Voyer et al., 2012, s. 1855). Følgekonsklusjonene av dette er at forekomst av delirium er en tilstand som berører og rammer pasient, pårørende, institusjon og samfunn. Til tross for dette er studier som problematiserer delirium og undersøkelse av effekt av forebyggende tiltak i sykehjem per dags dato dårlig undersøkt og det råder usikkerhet knyttet til hvorvidt forebyggende tiltak knyttet til forekomst av delirium i sykehjem er effektivt (Siddiqi et al., s. 651). Det er likevel antatt at prevalensen av delirium i sykehjem er høy og tilstanden blir betraktet som oversett og underdiagnostisert (Wyller, 2015 s. 310).

I studien til Voyer et al. (2012, s. 1855) fremkommer det at estimert prevalens av delirium i sykehjem er et sted mellom 22% til 70% . Mens studien til Siddiqi et al. (2016, s. 652) viser at prevalens av delirium i sykehjem er 14% hos personer uten demens og 33% hos personer med en demensdiagnose. Det er dermed store variabler og usikre tall som blir presentert knyttet til forekomst av delirium som fremkommer i studiene som er innlemmet i denne oppgaven. Dette og i tillegg til at overnevnte data kun er basert på funn i to forskningsartikler gjør det problematisk å drøfte konkret hvor omfattende problemet i realiteten er. Dette aspektet kan likevel også være en pekepinn på at tilstanden er oversett og dårlig dokumentert, slik det også hevdes i faglitteraturen (Wyller, 2015, s. 310). Det skal sies at tallene som er presentert over er også studier som er utarbeidet i sykehjem i Canada og England, og overførbarheten i forhold til prevalens i norske sykehjem kan dermed diskuteres på bakgrunn av eventuelle forskjeller i de ulike landenes helsevesen.

Det som imidlertid er sikkert er at pasientgruppen i sykehjem er i risiko for å utvikle delirium på grunn av blant annet høy alder og lavere fysiologisk reservekapasitet (Wyller, 2015, s. 311). Det fremkommer også i samtlige studier at delirium er en tilstand som er forbundet med lidelse, potensielt underliggende kritisk sykdom og eventuelt påfølgende sykehusinnleggelser for den som blir rammet (Cheung, et al. 2018, s. 1; Siddiqi et al., 2016, s. 651; Voyer et al., 2012, s. 1855). I følge Wyller (2015, s. 310) bør det derfor rettes fokus på gode rutiner for kartlegging og forebygging av delirium på institusjoner hvor prevalensen antas å være høy.

5.2 Forebyggende tiltak ved delirium

Etter at Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012 ble kommunehelsetjenesten ilagt et større ansvar for pasientoppfølging og behandling (Opsahl, Solvoll og Granum, 2012, s. 60). I denne helsereformen og i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er det også nedfelt at formålet er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestrings, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (Helsedirektoratet, 2017). Dette arbeidet retter seg da også mot den sårbare gruppe mennesker som bor på sykehjem. Sykepleiere som arbeider i sykehjem har da et lovbestemt ansvar for å aktivt arbeide forebyggende for å ivareta best mulig omsorg og helsetilbud hos den enkelte sykehjemsbeboer.

Det er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blant annet at sykepleiere har et særlig ansvar for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse – og

omsorgstjenester, samt å arbeide for å yte helhetlig omsorg, forebygge sykdom og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er dermed nedfelt både politisk, juridisk og i sykepleiens yrkesetiske retningslinjer sykepleiens ansvar å arbeide forebyggende for å ivareta sårbare pasientgruppers behov for pleie og omsorg på en best mulig måte. Kari Martinsen legger også særlig vekt på i sin omsorgsfilosofi at omsorg er det mest fundamentale for alt menneskelig liv og fremhever sykepleierens særskilte ansvar ovenfor pasienter som er svake og avhengige (Kirkevold, 2001, s. 169). Hvilket eldre pasienter i sykehjem i større grad er. Da fokus på forebyggende tiltak i forbindelse med delirium i sykehjem per dags dato er dårlig undersøkt har sykepleie som fagfelt en nøkkelrolle i forbindelse med å bringe denne problematikken på dagsorden, da sykepleiere har nær kontakt, ansvar for oppfølging og utøvelse av individuell pleie av den eldre pasient i sykehjem (Bjørø, 2010, s. 3).

I følge Mæland (2005) tar forebyggende arbeid med eldre pasienter sikte på å styrke motstandskraften mot forhold som kan true den eldres helse (Mæland, 2005, gjengitt i Ranhoff, 2014, s. 162). I studiene og i faglitteraturen som er benyttet i denne besvarelsen er det vektlagt at helsepersonell som arbeider ved sykehjem er kjent med viktigheten av kunnskap om delirium, samt predisponerende årsaker knyttet til denne tilstanden (Wyller, 2015, s.310; Siddiqi et al., 2016, s. 652). For at sykepleie som fagfelt skal bidra i arbeidet med å forebygge delirium i sykehjem kreves det dermed at sykepleieren besitter solide kunnskaper om delirium for å aktivt kunne bidra til å identifisere risikofaktorer og iverksette forebyggende tiltak i forbindelse med denne krevende tilstanden (Siddiqi, et al., 2016, s. 658-659).

I studien til Siddiqi et al. (2016, s. 653) er det blitt lagt vekt på effekten av forebyggende tiltak i form av å implementere en skreddersydd fagprosedyre som også innebærer undervisning rettet mot forebygging av delirium for helsepersonell som arbeider i sykehjem. Denne fagprosedyren er blant annet designet for at personalet i sykehjem skal kunne tilegne seg kunnskaper om delirium og identifisere risikofaktorer i forbindelse med tilstanden. Siddiqi et al. (2016) vektlegger at forekomst av delirium i sykehjem kan sees i sammenheng med kvaliteten på pleien, og at fokus på kunnskap, undervisning og forebyggende tiltak av tilstanden kan bidra til å redusere blant annet morbiditet, sykehusinnleggelser og påfølgende samfunnsøkonomiske utgifter i den forbindelse. Forfatterne av denne studien viser til at effekten av denne intervensjonen er at de sykehjem hvor dette tiltaket ble praktisert kunne

vise til en lavere prevalens av delirium enn ved sykehjem hvor det ikke var praktisert tilsvarende fokus på fagprosedyre og undervisning (Siddiqi et al., 2016, s. 652).

At sykepleieren tilegner seg og besitter gode kunnskaper om delirium, tilstandens kliniske tegn og predisponerende faktorer kan dermed være essensielle kunnskaper med tanke på å innlemme dette fokuset i sin sykepleieprosess for optimal ivaretagelse av den enkelte sykehjemspasient.

Sykepleieprosessen er sykepleierens rammeverk for utøvelse av faglig begrunnet sykepleie. I denne prosessen er målet å utøve individuelt tilpasset sykepleie som tar sikte på å ivareta pasientens grunnleggende behov og helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2007, s. 7). I denne prosessen er blant annet individuell kartlegging av pasienten en sentral sykepleiefaglig oppgave. Å kartlegge den eldre pasient tar sikte på å oppdage endringer som krever tiltak (Kirkevold, 2014, s. 122). Hvilket som vil være naturlig i forbindelse med mistanker om delirium. I samtlige av studiene som er anvendt i denne oppgaven er det benyttet ulike kartleggingsverktøy som er grundig utprøvd med hensyn til å foreta pålitelige vurderinger i forbindelse med mistanke om delirium (Cheung, et al., 2018, s. 1; Siddiqi et al., 2016, s. 653; Voyer et al., 2012, s. 1855). På bakgrunn av hva artiklene i denne oppgaven kan formidle er det forskningsmessig støtte for å bruke validerte kartleggingsverktøy i prosessen med å avdekke tegn på delirium, som et supplement til utøvelse av sykepleiefaglig skjønn og klinisk blikk. Å anvende kartleggingsverktøy som hjelpemiddel i sykepleieprosessen kan dermed bidra til å gi de sykepleiefaglige vurderingene faglig tyngde og kvalitet. Kari Martinsen vektlegger også at de handlinger og vurderinger som sykepleier foretar i sin praksis skal være preget av faglige og etiske begrunnelser (Kirkevold, 2001, s. 175). Hvilket kartleggingsredskaper av høy kvalitet kan bidra med i dette arbeidet. I forbindelse med bruk av verktøy i samhandling med pasienten er Kari Martinsen også opptatt av at sykepleier ikke utelukkende forholder seg til standardiserte prosedyrer og manualer i sitt møte med pasienten (Austgaard, 2010, s. 134). Martinsen er opptatt av at bruk av standardiserte verktøy i samhandling med pasient må ikke gå på bekostning av sykepleierens faglige skjønn; hvordan sykepleier møter pasienten, samt tolker og forstår situasjonen som sykepleieren står i (Austgaard, 2010, s. 134).

Å kartlegge den eldre pasient krever i tillegg til kunnskaper om delirium at sykepleier besitter evne til å sette seg inn pasientens situasjon for å danne seg et helhetlig bilde av pasienten. Her må sykepleier ta hensyn til den eldre pasientens individualitet, særegenhet og sårbarhet (Ranhoff, 2014, s. 79). Sykepleier må tilstrebe å se pasientens hele situasjon. Dersom sykepleier ikke vurderer ulike sider ved pasienten kan dette til bidra til å at en mister et nyansert bilde av pasientens situasjon (Austgaard, 2010, s. 78).

Kari Martinsen er opptatt av omsorg som et praktisk begrep (Kirkevold, 2001, s. 171). Dette innebærer at sykepleieren praktiserer et sansende nærvær i samhandling med pasienten (Overgaard, 2000, s. 102). I kartleggingssituasjoner må sykepleieren utøve faglig skjønn ved å bruke sine sanser aktivt i denne prosessen. Martinsen omtaler sansende nærvær i praksis som blant annet blick, hørsel, mimikk og håndlag (Kirkevold, 2001, s. 174). Martinsen vektlegger at sykepleierens sansende nærvær kan være virksomt for å skaffe oversikt og helhet i pasientsituasjonen sykepleieren står i. Gjennom erfaringsbasert sansing og praktiske handlinger vil sykepleierns intuitive forståelse og faglige skjønn tilegnes (Austgaard, 2002, s. 101). Denne prosessen omtaler Martinsen også som sykepleierens tause kunnskap (Kirkevold, 2001, s. 175). Dette kan sies å være essensielle sykepleiefaglige egenskaper i forbindelse med grundig og individuell kartlegging av den enkelte eldre pasient i forebyggende intervensjoner i forbindelse med delirium.

Studien til Cheung et al. (2018) tar sikte på å undersøke hvordan systematisk kartlegging kan bidra til å avdekke kliniske karakteristikk ved utvikling av delirium hos pasienter i sykehjem (2018, s. 1). I denne studien konkluderes det med gjennom grundig kartlegging av sykehjemsbeboerne at demenssykdom, smerteproblematikk, samt regelmessig bruk av antipsykotika og antidepressiva er signifikante predisponerende faktorer i forbindelse med utvikling av delirium hos pasienter i sykehjem (2018, s. 5). Disse funnene kan sees i sammenheng med viktigheten av at sykepleier, i sin sykepleieprosess, kartlegger den enkelte sykehjemsbeboer systematisk for å avdekke og holde under oppsyn overnevnte predisponerende forhold med hensyn til utvikling av delirium. Studien til Cheung et al. (2018) vektlegger i den forbindelse viktigheten av forebyggende tiltak som regelmessig screening av pasientenes subjektive opplevelse av smerte med påfølgende adekvat smertelindring, samt også regelmessig gjennomgang av medikamenter som den enkelte pasient benytter (2018, s. 5). Det er også essensielt å observere virkning og eventuelle bivirkninger av preparater pasientene benytter i den sammenheng. Forskningsfunnene i studien til Cheung et al. (2018) viser dermed at smertekartlegging og observasjoner knyttet til medisinbruk kan være viktige

sykepleieoppgaver i arbeidet med å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem (2018, s. 5).

I studien til Voyer et al. (2012) kommer det også frem gjennom omfattende kartlegging av sykehjemspasientene at pasienter i prodromal fase av delirium har observerbare kliniske forandringer i form av perseptuelle forstyrrelser og desorientert tankesett (2012, s. 1855). Disse endringene har vist seg å kunne være observerbare i to uker før et delirium har fått eskalere til en fullt utviklet episode av tilstanden (2012, s. 1855). Dette er viktige funn å merke seg i forbindelse med å observere kliniske tegn på begynnende delirium. Om en kan avdekke tegn på delirium ved et tidlig stadium, gir dette sykepleier muligheten til å kartlegge underliggende årsaker og dermed iverksette forebyggende tiltak med den målsetning å hindre full utvikling av tilstanden.

Kari Martinsen er opptatt av at omsorg er en grunnleggende verdi i sykepleiefaget (Martinsen, 2003, s. 67). Det bør i tillegg til omsorg også legges vekt på at sykepleiefagets grunnpilar også er å ivareta den enkelte eldre pasients grunnleggende behov (Kirkevold, 2014, s. 122). I denne sammenheng betyr det viktigheten av å se disse grunnleggende behovene i sammenheng med eventuell utvikling av delirium. Ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov kan sammen med omsorg sees å være ryggraden i sykepleiefaget. I denne oppgavens teoretiske grunnlag er det påpekt at vanlige årsaker til utvikling av delirium blant annet er elektrolyttforstyrrelser, infeksjoner og svekkete sanser (Wyller, 2015, s. 312). I den forbindelse er det essensielt å fremheve den grunnleggende sykepleiens rolle i arbeidet med å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem. For å ta elektrolyttforstyrrelser som eksempel er det nødvendig at sykepleier tar ansvar for å sikre at pasienter i sykehjem blant annet får i seg tilstrekkelig med væske, da dehydrering kan være en årsak til elektrolyttforstyrrelser som kan føre til delirium (Ranhoff, 2014, s. 459). Et annet eksempel kan være å forebygge infeksjoner ved å sikre optimale hygienske forhold ved avdeling, ivareta god munnhelse og å utføre sykepleiefaglige prosedyrer som kateterisering sterilt for å nevne noen sykepleiefaglige tiltak i den forbindelse. Med hensyn til den eldre pasients svekkete sanser er det et essensielt sykepleiefaglig tiltak å ta ansvar for at pasientene benytter hjelpemidler som briller og høreapparat (Ranhoff, 2014, s. 459). Dette er eksempler på noen basale og lite ressurskrevende tiltak som i praksis kan være av stor betydning og bidra til å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem. Disse eksemplene illustrerer dermed

viktigheten av at ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov er viktige og essensielle bidrag i forbindelse med å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem

Å rette fokus på forebygging av delirium er av stor betydning da eldre sykehjemspasienter som blir rammet av denne tilstanden er i en maktesløs posisjon. Kari Martinsen vektlegger særlig sykepleierens særskilte moralske ansvar ovenfor den svake og avhengige pasient (Kirkevold, 2001, s. 176). Martinsen er opptatt av at sykepleier skal handle til pasientens beste. Ved at sykepleier benytter sine kunnskaper om viktigheten av individuell kartlegging i sin forebyggende og faglige begrunnede sykepleieprosess kan sykepleier bidra til å bruke sin faglige «makt» til å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem. Det er essensielt at sykepleieren har forståelse og empati for den maktesløsheten en pasient som står i fare for å utvikle delirium er i for å kunne handle moralsk ansvarlig ovenfor den sårbare eldre pasient (Austgard, 2010, s. 36).

5.3 Utfordringer

På tvers av de ulike studiene blir utfordringen ved å følge opp og kartlegge sykehjemspasienter i forbindelse med delirium problematisert. Til tross for at det er de samme pasientene ved ulike sykehjem som blir fulgt opp over lengre perioder i studieløpet kan en tenke seg at det er et fordelaktig aspekt ved å utføre forskningsprosjekter i forbindelse med denne pasientgruppen. I denne oppgavens inkluderte studier er det imidlertid redegjort for en del vesentlige momenter som gjør forskning på dette området problematisk. I samtlige av studiene legges det blant annet vekt på at det er store individuelle forskjeller fra pasient til pasient (Cheung et al., 2018, s. 5; Siddiqi et al., 2016, s. 658; Voyer et al., 2012, s. 1858). Dette er pasienter med store variabler knyttet til at hver enkelt er rammet av flere ulike diagnoser og ytterst få av pasientene er ved samme utgangspunkt. Det er ofte snakk om komplekse sykdomsbilder som kan gi opphav til svært mange predisponerende faktorer når det gjelder utvikling av delirium. Denne kompleksiteten som problematiseres i artiklene støttes også av geriatrisk fagteori som er benyttet i denne oppgaven (Wyller, 2015, s. 312).

Da dette er skjøre eldre pasienter er det også naturlig at det blir en del frafall av deltakere i studiene, da på grunn av dødsfall eller at de simpelthen er blitt for svekket til å fullføre sin deltakelse i forskningsprosjekter knyttet til delirium i sykehjem (Voyer et al., 2012, s. 1858).

Det er også en del etiske aspekter knyttet forskning på denne pasientgruppen som eksempelvis spørsmål knyttet til samtykkekompetanse. I studien til Siddiqi et al. (2016, s. 658) blir det også lagt vekt på at resultatene i studien også kan ha blitt påvirket av høy turnover av personale og inadekvat rapportering i vaktskiftet. Det er tilleggsmomenter som kan bidra til å understøtte utfordringen knyttet til å forske på forekomst og effekt av tiltak vedrørende delirium i sykehjem.

Den eldre pasient i sykehjem og deres store variasjoner i sykdomsbildet kan dermed sees å være en utfordrende pasientgruppe å forske på i forbindelse med delirium. Hvilket som innebærer at det å sammenfatte og generalisere forskningsfunn er problematisk..

Eldre pasienter er ikke en homogen gruppe (Ranhoff, 2014, s. 79). Ingen er like og variasjone er store. Da det er problematisert i studiene som er anvendt i denne oppgaven at eldre pasienter i sykehjem er en utfordrende gruppe å utøve forskningsprosjekter på kan dette understøtte og understreke viktigheten av at sykepleier arbeider for å ivareta omsorgsfull, individuell og helhetlig sykepleie av den enkelte pasient i sykehjem. Dette aspektet kan også knyttes opp i mot Kari Martinsens syn på sykepleiens særskilte ansvar ovenfor pasienter som er svake og avhengige (Kirkevold, 2014, s. 174).

5.4 Veien videre

Kari Martinsen er opptatt av omsorgens relasjonelle aspekter (Martinsen, 2003, s. 14-15). Dette innebærer Martinsens syn på at mennesker er avhengige av hverandre i kraft av menneskelige relasjoner. Martinsen vektlegger at avhengighet kommer særlig til uttrykk ved tilstedeværelse av sykdom (Kirkevold, 2014, s. 169). Dette aspektet kan sees i sammenheng med hvordan den eldre pasient i sykehjem er avhengig av omsorg og pleie. Avhengigheten kan også sees i sammenheng med at den eldre pasient også er avhengig av at sykepleien som blir praktisert bidrar til å forebygge ytterligere sykdom og lidelse som tilstanden delirium kan føre til. I den forbindelse er kunnskaper om delirium som er en trussel for den eldres helse nødvendig. Det understrekes under punkt 2.1 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere «at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleieforbund, 2016). I det forhenstående punkt i denne diskusjonen er det vektlagt problematikk knyttet til utfordringer med hensyn til forskning på forebyggende intervensjoner av delirium i sykehjem. Dette kan innebære at det på

nåværende tidspunkt ikke eksisterer tilstrekkelig evidensbasert kunnskap vedrørende denne problematikken. I følge Kari Martinsen er sykepleie uten kunnskap uforenlig med omsorg og moralsk praksis (Austgard, 2002, s. 134). Hun vektlegger likevel verdien av sykepleierens faglige skjønn, og at forskningsfunn ikke må bli det styrende i praksis med hensyn til hvordan sykepleier møter pasienten, fortolker og forstår situasjonen til den enkelte pasient. Dette innebærer at det sykepleiefaglige skjønnet ikke må settes til side og at kunnskap ikke må redusere mennesket til et objekt da omsorg i sykepleien er et eget mål i seg selv (Kirkevold, 2001, s. 177). Men i denne sammenhengen kan en stille spørsmål ved om det er nok at omsorg er et mål i seg selv dersom det på nåværende tidspunkt ikke eksisterer tilstrekkelig forskning med hensyn til denne oppgavens problematikk.

Da samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012 og kommunehelsetjenesten ble ilagt et større ansvar for pasientbehandling og oppfølging kan det sies at forebygging av delirium ikke bare er et sykepleiefaglig ansvar, men også et samfunnsansvar hvor det kan være gunstig å bevilge midler til ytterligere forskning på feltet. Tilrettelegging av fagutvikling og undervisning for å implementere dette fokuset i større grad i sykehjem er også essensielle samfunnsmessige tiltak i arbeidet med å forebygge denne tilstanden. Overnevnte momenter støttes også av forskningsartiklene som er benyttet i denne oppgaven, da samtlige etterspør ytterligere forskning vedrørende denne oppgavens problematikk (Cheung et al., 2018, s. 1; Siddiqi et al., 2016, s. 652, Voyer et al., 2012, s. 1855). Det er også nedfelt i de sykepleiefaglige retningslinjene under punkt 1.1 at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (Norsk sykepleierforbund, 2016). På bakgrunn av at artiklene som er benyttet i denne oppgaven etterspør ytterligere forskning på området og med hensyn til kommunehelsetjenestens overordnede ansvar for ivaretagelse av pasienter i denne sektoren, så hadde det vært interessant om det ble iverksatt større forskningsprosjekter i forbindelse med delirium ved norske sykehjem. Dette for å sikre at forskningsfunnene kan knyttes direkte opp mot sykehjem i det norske helsevesenet og være et mulig bidrag til å kvalitetssikre forebyggende intervensjoner av delirium hos den eldre pasient i sykehjem.

6 Konklusjon

«Hvordan kan sykepleie bidra i forebygging av delirium hos eldre pasienter i sykehjem?»

Innledningsvis ble den erfaringsbaserte historien om Knut presentert, og det ble stilt spørsmål ved hvorvidt noe kunne vært gjort for å forhindre at Knut ble rammet av delirium. For å besvare denne oppgavens problemstilling har teori og forskningsfunn vist at forebyggende intervensjoner i forbindelse med delirium hos den eldre pasient i sykehjem er komplekst og utfordrende, hvilket jeg også har erfart gjennom praksis og yrkesliv. Gjennom oppgavens forskningsfunn er det særlig blitt belyst viktigheten av at sykepleier først og fremst må besitte solide kunnskaper om delirium, samt tilstandens predisponerende faktorer for å kunne bidra i arbeidet med å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem.

Forskningsfunn viser også at i tillegg til kunnskaper om tilstanden er individuell og systematisk kartlegging av den eldre pasient av signifikant betydning i det forebyggende arbeidet i forbindelse med delirium. Her står sykepleiefaget i en viktig posisjon. Sykepleiefagets grunnstamme er å yte helhetlig omsorg og ivareta menneskets individuelle grunnleggende behov. Med denne kompetansen i tillegg til kunnskaper om delirium om tilstandens predisponerende faktorer besitter sykepleiefaget en nøkkelrolle ved å systematisk arbeide for å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem som er sårbare for utvikling av denne tilstanden.

Jeg har i arbeidet med denne oppgaven forsøkt å belyse problematikken fra et mer overordnet perspektiv. Dette innebærer å belyse hvordan delirium affiserer den enkelte pasient så vel som institusjon og samfunn i form av sykehusinnleggelser og påfølgende kostnader i den forbindelse. Ved at sykepleiefaget bidrar aktivt i å forebygge delirium hos den eldre pasient i sykehjem kan dette føre til gevinst for både pasient, kvalitet på pleie og på sikt bidra til å begrense sykehusinnleggelser i forbindelse med delirium. Forskningsfunn viser imidlertid at ytterligere forskning vedrørende problematikken er nødvendig for å bekjempe denne tilstanden hos den eldre pasient i sykehjem.

I arbeidet med denne besvarelsen er et utdrag av Kari Martinsens omsorgsfilosofi benyttet som sykepleieteoretisk rammeverk for å belyse omsorgens relasjonelle, moralske og praktiske aspekter i forbindelse med den sårbare eldre pasient i sykehjem. Sammen med nødvendig forskning og teori vedrørende denne oppgavens problematikk mener jeg at Martinsens omsorgsfilosofi kan bidra til å være et godt sykepleieteoretisk grunnlag for å danne en dypere forståelse for den sårbare posisjonen den eldre pasient i sykehjem står i og deres omfattende behov for ivaretagelse av helhetlig omsorg.

7 Referanseliste

Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet – fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi I H. Alvsvåg, E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 19-36). Bergen: Fagbokforlaget.

Austgaard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2.utg.). Oslo: J.W Cappelens forlag.

Bjørø, K. (2010). Delirium – en viktig tilstand hos sårbare eldre mennesker. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*. 2010(3) s. 2-27. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/759630/Geriatrisk%20Sykepleie%203_2010.pdf

Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (2014). Helsetjenester til eldre I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 197- 209). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Carnevali, D.L. (1992). *Planlegge sykepleie* (2.utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Cheung, E. N. M., Benjamin, S., Heckman, G., Ho, J. M. W., Lee, L., Sinha, S. K., & Costa, A. P. (2018). Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents. *BMC geriatrics*, 18(1), 39. Doi:10.1186/s12877-018-0733-3

Helsedirektoratet (2017) *Samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.v av 24 juni 2011. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v av 2. juli 1999. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Martinsen, K (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Neerland, B. E., Watne, L.O., Wyller, T.B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 2013(15) s. 1596- 1599. doi: 10.4045/tidsskr.12.1327

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.122- 144). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. (2011). Om sykepleie I N.J, Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforbund (2007) *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. s.7-9. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

Olsvik, E.H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie. Tenkemåter i kunnskapsstyrt profesjonsutøvelse*. Drammen: Forlaget Vett & Viten.

Opsahl, G., Solvoll, B.A., Granum, V. (2012) Forførende samhandlingsreform. *Tidsskriftet sykepleien*. 2012(3) s. 60-63. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/836719.pdf?c=141045353>

Overgaard, A.E. (2000). Sanselig sygepleje I H. Alvsvåg, E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstenking. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 99 -110). Bergen: Fagbokforlaget.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. s. 2-15. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Ranhoff, A.H (2014). Delirium (akutt forvirring) I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 452 – 463). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A.H (2014). Den gamle pasienten I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 79- 91). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A.H (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 162- 173). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Siddiqi, N., Cheater, F., Collinson, M., Farrin, A., Forster, A., George, D., Godfrey, D., Graham, E., Harrison, J., Heaven, A., Heudtlass, P., Hulme, Meads, C., D., North, C., Sturrock, A., Young, J. (2016). The PiTSTOP study: a feasibility cluster randomized trial of delirium prevention in care homes for older people. *Age and ageing*, 45(5), 652-661. Hentet fra <https://academic.oup.com/ageing/article/45/5/652/2236661>

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tullmann, D.F., Blevins, C., Fletcher, K. (2016). Delirium: Prevention, Early Recognition, and Treatment I M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, D. Zwicker (Red.), *Evidence- based geriatric nursing protocols for best practice* (s. 251-261). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Voyer, P., McCusker, J., Cole, M.G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Belzile, E., Richard, S. (2012). Prodrome of delirium among long- term care residents: what clinical changes can be observed in the two weeks preceding a full- blown episode of delirium? *International psychogeriatrics*, 24(11), s. 1855-1864. doi:10.1017/s1041610212000920

Wyller, T.B. (2015). *Geriatrici – En medisinsk lærebok* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.